

Méléna révélant une sangsue dans le rhinopharynx

Melena revealing a nasopharyngeal leech

A. El Koraichi · A. Ayoubi · B. Armel · J. Tadili · Y. Machkour · S.E. El Kettani

Reçu le 14 mai 2012 ; accepté le 25 juin 2012
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

La sangsue est un ectoparasite pouvant exceptionnellement se retrouver en situation d'endoparasite chez l'homme, responsable alors de complications sévères, parfois même létales [1]. La symptomatologie diffère selon le site de fixation de la sangsue et le diagnostic peut passer inaperçu. Nous rapportons un cas de localisation pharyngée méconnue chez une enfant de trois ans responsable de méléna et d'anémie.

Une petite fille de trois ans, sans antécédents particuliers, était admise pour méléna et épistaxis. À l'admission, la patiente était consciente avec des conjonctives décolorées et légèrement polypnéique à 20 cycles/minute. Le bilan révélait une anémie (hémoglobine à 7 g/dl) sans troubles de la coagulation. À l'interrogatoire de la famille, le début des symptômes remontait à deux semaines auparavant par l'installation d'un méléna isolé. Devant l'apparition d'une pâleur cutanéomuqueuse, de méléna de plus en plus abondant et d'épistaxis, la famille avait fini par consulter dans notre structure. La famille vivait dans une région rurale utilisant exclusivement de l'eau de puits non traitée. Une infestation par sangsue était alors suspectée. Une laryngoscopie directe sous anesthésie inhalatoire était réalisée et retrouvait un saignement issu du cavum ainsi qu'une petite masse rouge du pharynx. La levée du voile du palais révélait la présence d'une sangsue de 3 cm. Son extraction était réalisée avec succès à la pince de Magill après application de xylocaïne locale. L'évolution était favorable, avec un retour au domicile de la petite fille dès le lendemain.

La sangsue est un ver hermaphrodite appartenant à la classe des Hirudinées et à l'embranchement des annélides [2]. Plusieurs localisations ont été décrites chez l'enfant et l'adolescent. La localisation nasale est la plus fréquente [3], alors que celle nasopharyngée a été rapportée dans un nombre limité de cas [4].

Logée dans le nasopharynx, la sangsue est souvent responsable d'épistaxis. D'autres symptômes, tels que les démangeaisons nasales, l'obstruction nasale ou l'hémoptysie, ont aussi été rapportés. Dans notre observation, la symptomatologie est faite initialement et principalement de méléna qui aurait pu orienter vers une pathologie œsogastrique. À notre connaissance, la révélation de sangsue dans le nasopharynx par des mélénas n'a jamais été décrite. C'est l'aggravation de la symptomatologie au bout de deux semaines par la survenue d'une épistaxis qui a conduit la famille à consulter une structure hospitalière.

Ainsi, l'infestation par la sangsue peut rester longtemps méconnue. Bilgen et al. ont rapporté un cas de sangsue logée au niveau du nasopharynx pendant quatre mois [4]. La complication principale à redouter est l'anémie par spoliation sanguine. Turner a décrit sept cas d'anémie sévère secondaire à une infestation pharyngée, dont deux aboutissant au décès [5]. En effet, la salive du parasite sécrète une substance anticoagulante (hirudine) responsable des manifestations hémorragiques. Dans notre observation, l'infestation a longtemps été ignorée et le bilan a révélé une anémie à 7 g/dl. La constatation de méléna chez l'enfant, d'installation brutale et sans autre signe évocateur d'une pathologie digestive, doit faire évoquer le diagnostic d'infestation par la sangsue si le patient présente des antécédents d'ingestion ou de baignade dans des eaux provenant d'un étang ou d'un marais. Le diagnostic de certitude en visualisant la sangsue est relativement facile si celle-ci loge dans la cavité nasale. Cependant, si elle loge au niveau du nasopharynx, un examen endoscopique est nécessaire sous anesthésie locale ou générale. Ainsi, dans l'observation rapportée, la sangsue n'a été visualisée que partiellement, et ce n'est qu'en soulevant le voile du palais qu'elle a pu être visualisée en entier. L'ablation doit alors se faire dans les plus brefs délais afin d'éviter des complications pouvant être mortelles.

A. El Koraichi (✉) · J. Tadili · S.E. El Kettani
Service d'anesthésie-réanimation pédiatrique polyvalente,
hôpital d'enfants de Rabat, BP 5071 Souissi Rabat, Maroc
e-mail : dr_alae@hotmail.com

A. El Koraichi · A. Ayoubi · S.E. El Kettani
Service d'otorhinolaryngologie,
hôpital des spécialités de Rabat, Maroc

A. El Koraichi · B. Armel · Y. Machkour · S.E. El Kettani
Département d'urgentologie, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

A. El Koraichi · S.E. El Kettani
Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Maroc

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. El Koraïchi A, Ghannam A, Mekaoui N, et al (2011) A rare cause of respiratory distress in children: the leech. *Presse Med* 40:660-1
2. Grassé PP, Poisson RA, Tuzet O (1961) In: *Précis des sciences biologiques. Zoologie I. Invertébrés*. Masson, Paris, pp 313-23
3. Bergua A, Vizmanos F, Monzon FJ, Blasco RM (1993) Unavoidable epistaxis in the nasal infection of leeches. *Acta Otorrinolaryngol Esp* 44:391-3
4. Bilgen C, Karci B, Uloz U (2002) A nasopharyngeal mass: leech in the nasopharynx. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 64:73-6
5. Turner FM (1969) Pharyngeal leeches. *Lancet* 2:1400-1